



Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG

Version mai 2015
valable dès le 1.1.2016

Etat : Approuvé le 21 mai 2015 par le Conseil d'administration SwissDRG SA

La version en langue allemande fait foi



Table des matières

1	PRINCIPES DE BASE ET DÉFINITIONS	3
1.1	Informations nécessaires	3
1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	3
1.3	Définition et facturation du séjour hospitalier.....	3
1.4	Classement des cas dans un DRG.....	6
1.5	Durée de séjour	7
2	CHAMP D'APPLICATION ET DÉLIMITATIONS	8
2.1	Champ d'application	8
2.2	Rémunération des patients en attente de placement (cas de soins et réadaptation)10	
3	RÈGLES DE FACTURATION PARTICULIÈRES	11
3.1	Aperçu.....	11
3.2	Cas outliers.....	11
3.3	Regroupement de cas	12
3.4	Transferts.....	14
3.5	Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation.....	16
3.6	Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation	16
3.7	Examens pré et post-hospitalisation effectués à l'hôpital	17
3.8	Urgences.....	17
3.9	Nouveau-nés.....	18
3.10	Facturation en cas d'obligation de prestation par plusieurs institutions d'assureurs sociaux.....	18



1 Principes de base et définitions

Ce document définit :

- ⇒ Les fondements pour l'application de SwissDRG (chapitre 1)
- ⇒ Le champ d'application de SwissDRG (chapitre 2)
- ⇒ Les règles de facturation des cas en SwissDRG (chapitre 3)

Les ajustements et précisions qui s'étendent au-delà des définitions établies dans le présent document sont fixés par le conseil d'administration en respectant les règles définies dans ce document et les prescriptions légales.

1.1 Informations nécessaires

Pour une indemnisation par le biais des forfaits SwissDRG, il est nécessaire de disposer des données de la Statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces données sont recensées annuellement pour chaque cas traité par les hôpitaux et ce, conformément à la Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), à l'ordonnance s'y rapportant ainsi qu'aux directives et recommandations de l'OFS.

1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des cas facturés avec le système tarifaire SwissDRG se fonde sur les directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui doivent être appliquées de manière uniforme en Suisse sur la base des nomenclatures de diagnostics et d'interventions en vigueur.

En cas d'ambiguïtés ou de différences dans l'interprétation des règles de codage, les organisations responsables de SwissDRG SA s'efforcent de trouver des solutions en collaboration avec l'OFS.

SwissDRG SA est tenue d'adresser ses besoins à l'OFS en vue du développement et de l'entretien du système tarifaire.

1.3 Définition et facturation du séjour hospitalier

Principe : En général, 1 forfait par cas est facturé pour chaque séjour hospitalier. Une attention particulière est à porter aux exceptions du chapitre 3.3 selon lesquelles plusieurs séjours hospitaliers peuvent être regroupés en un seul cas et rémunérés selon un forfait unique.

La distinction entre les traitements hospitaliers et ambulatoires se base sur l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de cette définition, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante de cette définition :

Art. 3 Traitement hospitalier

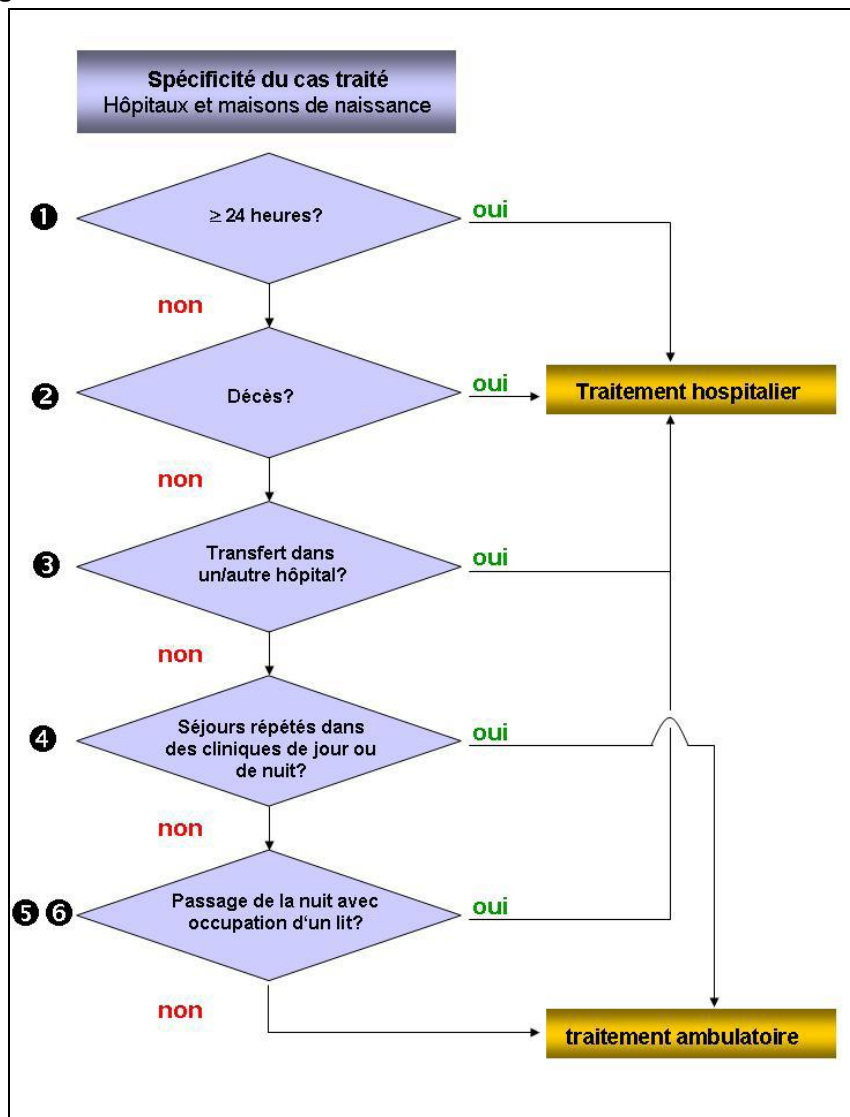
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

- a. d'au moins 24 heures;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- e. en cas de décès.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

Diagramme de flux





Explication des critères de délimitation

Le critère ❶ « ≥ 24 heures » signifie que le patient reste au moins 24 heures dans l'hôpital ou la maison de naissance.

Le critère ❷ « décès » répond à la question de savoir si le patient est décédé

Le critère ❸ « transfert vers / d'un autre hôpital » répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si le patient a été transféré dans l'hôpital depuis une maison de naissances.

Le critère ❹ « séjours à répétition dans des cliniques de jour ou de nuit » correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie, sont considérés comme traitements ambulatoires.

Le critère ❺ « nuit » est saisi et mesuré selon la « règle de minuit ». En d'autres termes, le critère est rempli si le patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ❻ « occupation d'un lit » : Un patient est réputé occupant un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Les lits occupés suite à un accouchement, dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intermédiaires sont considérés de façon identique aux lits d'unités de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence, le laboratoire du sommeil ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoire.

Les critères ❺ « nuit » et ❻ « occupation d'un lit » sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit satisfaire les critères « nuit » et « occupation d'un lit » pour être saisi et facturé en tant que traitement hospitalier.



1.4 Classement des cas dans un DRG

Age du patient

L'âge des patients à l'admission est déterminant pour le groupage des cas.

Sexe du patient

Le sexe civil à l'admission est déterminant pour le groupage des cas.

Pour le traitement de patients intersexués, le sexe traité est déterminant pour l'établissement de la facturation.

Forçage manuel

Le groupement par forçage manuel n'est pas admis. Le groupeur décide seul du classement du cas dans un DRG.

Obligation de rémunération

Le classement d'un cas dans un DRG et la détermination de rémunérations supplémentaires n'impliquent aucune obligation de prestation de la part des assurances sociales (assurance maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire). SwissDRG n'est pas un catalogue de prestations obligatoires AOS.

Maisons de naissance

Les SwissDRG s'appliquent également aux traitements hospitaliers dans les maisons de naissance; ces traitements sont soumis aux mêmes règles et définitions pour la facturation des cas. Dès lors, les DRG figurant dans le catalogue des forfaits par cas font référence pour les cas traités en maisons de naissance. Si dans certains cas, en raison du codage de certains diagnostics, des DRG non évalués, c'est-à-dire autres que ceux indiqués dans le catalogue des forfaits par cas pour les maisons de naissance, sont appliqués, le traitement de la (future) mère est indemnisé avec le « DRG - maisons de naissance, O60C ». Pour les nouveau-nés, le « DRG - maisons de naissance P60C » est applicable.¹

DRG non évalués

Pour les DRG non évalués, figurant dans l'Annexe 1 du catalogue des forfaits par cas, les partenaires tarifaires conviennent de rémunérations individuelles, pour autant que celles-ci puissent être mises à la charge de l'assurance-maladie obligatoire ou de l'assurance-

¹ Sont exemptés de cette règle les DRG 960Z et 961Z, qui ne peuvent pas non plus être facturés aux maisons de naissance.



accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire dans le cadre des soins hospitaliers aigus.

Rémunérations supplémentaires

Des rémunérations supplémentaires selon l'Annexe 2 (rémunérations supplémentaires évaluées) et l'annexe 3 (rémunération supplémentaires non évaluées) du catalogue des forfaits par cas peuvent être facturées en plus du forfait par cas, dans la mesure où le code CHOP / code ATC selon les directives de codages entrent dans le codage du cas.

1.5 Durée de séjour

La durée de séjour se calcule selon la formule suivante:

Durée de séjour (en jours) = date de sortie ./ date d'entrée ./ jours de congé

Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée² ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les jours entiers de congés ne comptent pas non plus dans la durée de séjour.

Définition du congé : il s'agit d'un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour une durée de 24 heures ou plus plus de 24 heures³ (>24h00). La durée totale des congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés⁴ pris durant le séjour hospitalier.

Le nombre de jours à déduire de la durée de séjour s'obtient par la somme des heures des congés administratifs divisé par 24, arrondi vers le bas.

Lors d'un congé, aucune prestation ambulatoire ne peut être facturée aux payeurs. Si un patient a tout de même recours à des prestations ambulatoires pendant cette période, celles-ci sont à la charge de l'hôpital et influencent le codage du diagnostic et des interventions.

Durée de séjour en cas de transfert : chaque hôpital concerné détermine la durée de séjour de son cas selon cette formule. En cas de regroupement des cas (p. ex. lors d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission), la durée de séjour du cas facturé par l'hôpital X se calcule par la somme des durées de séjour des différentes hospitalisations dans l'hôpital X.

² Art. 3 OCP: pour <date d'entrée = date de sortie>, la règle suivante s'applique: Si le jour de son entrée, un patient est transféré dans un autre hôpital ou décède, le jour d'entrée sera comptabilisé comme 1 jour.

³ Exemple: si un patient quitte l'hôpital pour 24 heures et 2 minutes, son absence est considérée comme un congé.

⁴ Exemple pour la durée des congés: pour un patient qui présente 3 absences de 8, 26 et 42 heures, un congé administratif de 68 heures est obtenu, soit 2,833 jours (selon la définition, l'absence de 8 heures n'est pas comptabilisée). Selon la règle de calcul, 2 jours de congé seront ainsi déduits lors du calcul de la durée de séjour.

2 Champ d'application et délimitations

2.1 Champ d'application

2.1.1 Principes de base

Le champ d'application du système tarifaire SwissDRG englobe la rémunération de tous les séjours hospitaliers de soins aigus dans des hôpitaux de soins somatiques aigus, des services de soins aigus et des maisons de naissances ainsi que de tous les traitements palliatifs dans des hôpitaux de soins somatiques aigus.

2.1.2 Fournisseurs de prestations et domaines pour lesquels un écart par rapport au principe de base doit être convenu entre les partenaires tarifaires

Les fournisseurs de prestations et domaines suivants n'entrent pas dans le champ d'application des groupes de cas SwissDRG pour autant que les partenaires tarifaires aient convenu une rémunération en dehors de la structure tarifaire SwissDRG:

- Services dans les hôpitaux de soins somatiques aigus spécialisés dans les traitements palliatifs

Pour une rémunération en dehors de SwissDRG, les critères minimaux de délimitation suivants doivent être respectés:

- ⇒ Existence d'un mandat de prestations explicite selon liste des hôpitaux pour les traitements palliatifs
- ⇒ Répartition transparente des coûts et des prestations

2.1.3 Fournisseurs de prestations et domaines pouvant entrer dans le champ d'application de SwissDRG

Les fournisseurs de prestations et domaines suivants entrent dans le champ d'application des groupes de cas SwissDRG pour autant que les partenaires tarifaires aient convenu une rémunération via la structure tarifaire SwissDRG:

- Les hôpitaux qui ne sont pas des hôpitaux de soins somatiques aigus et sont spécialisés exclusivement dans les traitements palliatifs

Pour une rémunération via SwissDRG, les critères minimaux de délimitation suivants doivent être respectés:

- ⇒ Existence d'un mandat de prestations explicite selon liste des hôpitaux pour les traitements palliatifs
- ⇒ Répartition transparente des coûts et des prestations



2.1.4. Fournisseurs de prestations et domaines qui ne sont pas concernés par SwissDRG

Les fournisseurs de prestations et les domaines suivants ne tombent pas dans le champ d'application des groupes de pathologie SwissDRG:

- a. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans la réadaptation,
- b. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés en psychiatrie ou dans le traitement des dépendances (alcoolisme ou toxicomanie),
- ~~c. hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés dans les soins palliatifs,~~
- c. établissements médico-sociaux ou unités de soins chroniques

Les critères de délimitation minimaux suivants doivent être remplis :

- ⇒ Existence d'un mandat de prestation explicite selon la liste des hôpitaux, respectivement la liste des établissements médico-sociaux pour la gestion d'un hôpital, d'un service hospitalier ou d'un établissement médico-social selon les points **a) – c)**
- ⇒ Délimitation transparente des coûts et des prestations

2.1.5 Délimitations

Si un hôpital de soins aigus fournit des prestations selon 2.1.4, mais ne répond pas aux critères de délimitation définis sous 2.1.4, le cas doit être attribué à un groupe de pathologie SwissDRG et rétribué selon un forfait par cas SwissDRG. Sont notamment concernés :

- ⇒ Les cas de la MDC 19 (maladies et troubles psychique) et 20 (troubles psychiques liés à des abus d'alcool ou de drogues)
- ⇒ Soins palliatifs



2.2 Rémunération des patients en attente de placement (cas de soins et réadaptation)

Les séjours de patients en attente de placement ne sont pas rémunérés selon SwissDRG puisque seules les hospitalisations aiguës sont rémunérées selon le système tarifaire SwissDRG.

Le séjour d'un patient en attente de placement est rémunéré selon le tarif correspondant⁵. En d'autres termes : si la durée de séjour d'un patient se voit prolongée en raison de l'attente d'une place de soins ou de réadaptation, le cas ne doit pas être considéré ou facturé comme outlier pour cette période.

Les assureurs et les cantons peuvent prévoir des mécanismes de contrôle afin d'assurer le respect de ces règles.

⁵ LAMal : Tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins aigus en milieu hospitalier, dans le sens de l'art. 49 al. 4 de la LAMal, les prestations sont rémunérées selon SwissDRG. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 (tarif avec les établissements médico-sociaux) est applicable. Le patient fera alors l'objet d'une sortie administrative pour clôture en tant que cas SwissDRG et d'une entrée administrative en tant que cas de soins.

3 Règles de facturation particulières

3.1 Aperçu

Ce chapitre traite de différents cas particuliers et des règles s'y rapportant. Il s'agit notamment des:

- regroupements de cas (réadmission, retransfert),
- transferts,
- modifications du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation,
- recours à des prestations externes durant l'hospitalisation,
- séjours s'étendant sur deux périodes de facturation,
- examens effectués à l'hôpital avant et après l'hospitalisation,
- urgences,
- nouveau-nés

Principe: un hôpital multi-sites est considéré comme 1 hôpital. Les transferts entre les différents sites d'un même hôpital ne sont dès lors pas considérés comme transferts. Le cas doit être considéré comme si le patient avait été traité sans transfert.

3.2 Cas outliers

Les cas outliers sont définis par rapport aux cas dont la durée de séjour est normale (inliers). Des ajustements vers le bas, respectivement vers le haut s'opèrent pour les cas dont la durée de séjour est plus basse (low-outliers) ou plus élevée (high-outliers). Ces ajustements sont répertoriés individuellement pour chaque groupe de cas dans le catalogue des forfaits par cas.

3.2.1. Low-outliers

On procédera à une réduction du cost-weight sur une base journalière si la durée de séjour est inférieure ou égale au «premier jour avec réduction» selon le catalogue des forfaits par cas (colonne 6). Le nombre de jours avec réduction se calcule comme suit:

Premier jour avec réduction à la borne inférieure de durée de séjour +1

– durée de séjour

= nombre de jours avec réduction



3.2.2. High-outliers

Le cost-weight pourra être augmenté d'un supplément journalier si la durée de séjour est supérieure ou égale au «premier jour avec supplément» selon le catalogue des forfaits par cas (colonne 8). Le nombre de jours avec supplément se calcule comme suit:

$$\begin{aligned} & \text{Durée de séjour} + 1 \\ & - \text{premier jour avec supplément à la borne supérieure de durée de séjour} \\ & = \text{nombre de jours avec supplément} \end{aligned}$$

3.3 Regroupement de cas

Principe : toute réadmission est considérée comme un nouveau cas, à moins qu'une des exceptions suivantes ne s'applique.

Exceptions : les situations suivantes conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné⁶ en un seul cas facturé comme tel et à un regroupement dans un nouveau forfait par cas. Les diagnostics et les interventions des cas regroupés doivent alors être codés comme si l'ensemble du traitement avait eu lieu lors d'un seul séjour. De même il convient d'additionner les durées de séjour des cas regroupés. Les jours de congé éventuels ne sont déterminés qu'après le regroupement des cas.

Il n'y a pas de regroupement de cas entre deux années.

3.3.1 Réadmission dans la même MDC⁷

Si un cas est réadmis dans le même hôpital et la même MDC dans les 18 jours qui suivent la sortie⁸, les deux cas sont regroupés.

Le regroupement de cas s'effectue selon la MDC attribuée par le manuel de définition, respectivement le groupeur. Si la MDC définie par le groupeur ne concorde pas avec le DRG attribué par le groupeur et diffère par conséquent de la MDC correspondant à ce DRG dans le catalogue de forfaits par cas, c'est la MDC selon le catalogue de forfaits par cas qui est déterminante pour le regroupement.

SwissDRG SA peut définir les groupes de pathologies (DRG) pour lesquelles la réglementation du regroupement des cas décrite ci-dessus ne s'applique pas (p.ex. pour les traitements oncologiques). Le critère prépondérant est le fait que la répétition des traitements/interventions est intrinsèque au groupe de pathologie SwissDRG.

⁶ Les regroupements de cas entre plusieurs hôpitaux ne sont pas admis.

⁷ Cette règle a été conçue de telle manière que les réadmissions pour cause de complication résultant d'un séjour en hospitalisation précédent conduisent à un regroupement de cas. Les directives de codage ont été adaptées en conséquence.

⁸ «Dans les 18 jours qui suivent la sortie» signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^{ème} jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.



Si un séjour hospitalier est classé dans un DRG «Exception de réadmission», (colonne 12 du catalogue des forfaits par cas), ce cas n'est pas regroupé avec d'autres, sauf en cas de retransfert (chiffre 3.3.2.)

3.3.2 Retransfert

Si un cas est réadmis dans les 18 jours⁹ suite à un retransfert depuis un autre hôpital soumis à ces règles de facturation, les cas de la même MDC sont regroupés. Les réductions pour transfert selon la réglementation du chapitre « transfert » sont applicables.

La règle s'applique également lorsqu'il y a plus de deux hôpitaux impliqués (les cas sont regroupés même si l'hôpital qui retransfère le cas n'est pas celui dans lequel le patient a été transféré en premier lieu).

3.3.3 Regroupement combiné de cas

En cas de réadmission ou de retransfert multiple, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie ou le premier transfert, respectivement, sont regroupés par analogie avec les chiffres 3.3.1 et 3.3.2. Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

⁹ «Dans les 18 jours» signifie: le délai débute avec le transfert et dure jusqu'au 18ème jour compris suivant le transfert. Le jour du transfert n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.



3.4 Transferts

Les ajustements des points de remboursement pour les cas transférés doivent être calculés de telle sorte que la rémunération pour un patient traité dans plusieurs institutions soumises à ces règles de facturation ne dépasse, dans son ensemble, pas la rémunération du traitement dans une seule institution.

3.4.1 Ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement.¹⁰ Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction si la durée de séjour du patient dans l'hôpital concerné se situe en dessous de la durée de séjour moyenne DSM du DRG facturé selon le catalogue des forfaits par cas. La réduction se calcule sur la base du taux de réduction journalier (propre à chaque DRG et figurant dans le catalogue des forfaits par cas) multiplié par le nombre de jours pour lesquels il faut procéder à une réduction (DSM ./ durée de séjour).

Dans les cas suivants, les règles de réduction pour transfert ne s'appliquent pas :

a) DRG de transfert

- ⇒ L'hôpital ne procède à aucune réduction pour transfert lorsque le traitement est classé dans un « DRG de transfert » (colonne 11 du catalogue des forfaits par cas). Cette règle est valable pour l'hôpital qui transfère le cas comme pour celui qui reçoit le cas.
- ⇒ Dans cette situation, les règles normales d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon le chiffre 3.2 s'appliquent.

b) Transfert dans les 24 heures

- ⇒ L'hôpital qui *reçoit le cas* ne procède à aucune réduction pour transfert si le séjour dans l'hôpital qui a transféré le cas y a duré moins de 24h. Dans cette situation, les règles normales d'ajustement pour low-outliers et high-outliers selon le chiffre 3.2 s'appliquent.
- ⇒ Cette règle ne s'applique pas au cas où l'hôpital retransfère le patient ailleurs. Dans cette situation, les règles normales de réduction pour transfert sont applicables.

¹⁰ Lorsqu'il y a transfert d'un hôpital étranger (hors du champ d'application des SwissDRG) dans un hôpital qui tombe dans le champ d'application des SwissDRG, le cas doit être indiqué comme une admission et non comme un transfert pour la facturation (aucune réduction pour transfert n'est appliquée). L'hôpital qui admet le patient désigne le lieu de séjour avant l'admission par « 8 = autre ».



⇒ L'hôpital qui *transfère le cas* est soumis aux règles de réduction pour transfert.

Remarques concernant la règle d'ajustement des points de remboursement pour les cas transférés

Si un retransfert a lieu plus tard, les règles de regroupement de cas selon le chiffre 3.3 s'appliquent normalement.

Il s'agit également d'un transfert si un cas est admis dans un hôpital B le jour même, ou le jour qui suit, la sortie de l'hôpital A. Dans ce cas, les règles de réduction pour transfert sont appliquées pour les deux hôpitaux.

Les réductions pour transfert et pour low-outlier ne sont pas cumulables. La réduction pour low-outlier est supprimée dans tous les cas où s'applique une réduction pour transfert, même si la durée de séjour du patient se situe en-deçà de la borne inférieure de durée de séjour selon le catalogue des forfaits par cas.

3.4.2 Transferts d'une maison de naissance vers un hôpital de soins aigus

Les réductions pour transfert s'appliquent normalement.

3.4.3 Transferts internes

Les règles de regroupement des cas s'appliquent normalement dans le cas d'une réadmission suite à un retransfert d'un service du même hôpital qui ne tombe pas dans le champ d'application du système tarifaire SwissDRG.

3.4.4 Prestations ambulatoires externes

Si un patient est transféré d'un premier hôpital (hôpital A) vers un autre hôpital (hôpital B), dans lequel il bénéficie uniquement de prestations ambulatoires, puis retransféré dans le premier hôpital, l'hôpital A n'ouvre qu'un seul cas et les prestations fournies dans l'hôpital B sont facturées à l'hôpital A (= prestation externe auprès d'un autre fournisseur de prestation lors d'une hospitalisation).

Les prestations ambulatoires externes comprennent toutes les prestations AOS fournies par un fournisseur de prestations selon LAMal. Une réglementation analogue est applicable pour les autres assureurs sociaux selon AA, AI et AM.

L'hôpital A intègre les traitements externes qui lui sont facturés dans le dossier d'hospitalisation de son patient. Le traitement de l'hôpital B est intégré dans le codage des diagnostics et interventions de l'hôpital A¹¹. L'hôpital A facture ensuite au payeur le forfait par cas SwissDRG correspondant.

¹¹ Afin d'éviter toute distorsion lors des évaluations statistiques, il convient de signaler les prestations externes en conséquence lors du codage.



Exception:

Dans le cas d'une chaîne de transferts maison de naissance – hôpital de soins aigus – maison de naissance avec prestation ambulatoire à l'hôpital, l'hôpital facture ses prestations directement à l'assureur-maladie. Le traitement ambulatoire à l'hôpital de soins aigus n'est pas intégré dans le codage des diagnostics et interventions de la maison de naissance

Aucune autre exception n'est admise.

3.4.5 Transports secondaires

Les transports secondaires sont pris en charge par l'hôpital qui transfère le cas et sont indemnisés dans le cadre des forfaits SwissDRG. L'hôpital qui retransfère le cas est assimilé à l'hôpital qui transfère le cas. Cette règle n'est pas valable pour les transports commandés par des tiers.

Ces règles valent uniquement pour les hôpitaux dans le champ d'application des SwissDRG qui transfèrent et retransfèrent. La rémunération des transports secondaires lors de transferts et retransferts depuis des hôpitaux qui ne tombent pas dans le champ d'application des SwissDRG doit être réglée dans les tarifs correspondants.

3.5 Modification du motif d'hospitalisation en cours d'hospitalisation

L'hôpital établit une facture comprenant un seul forfait DRG et ce, indépendamment du type de modification du motif d'hospitalisation¹².

A l'instar des hospitalisations normales, le codage médical du cas se base sur les règles de codage établies par l'Office fédéral de la statistique.

Si un patient hospitalisé pour une maladie est sujet à un accident ou si un patient hospitalisé en raison d'un accident tombe malade, c'est alors l'article 64 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui s'applique. La question de savoir qui paie quoi est à régler entre assureurs.

Voir à ce propos les règles de splitting de factures définies dans le chapitre 3.10.

3.6 Hospitalisations s'étendant sur deux ou plusieurs périodes de facturation

Les forfaits SwissDRG sont facturés après la sortie du patient. Pour les patients admis pendant l'année T qui ne ressortent que l'année T+N, la facture est établie dans l'année T+N se-

¹² Une seule facture est également établie s'il était initialement prévu que l'assurance-accident prenne en charge les coûts et que c'est finalement l'assurance militaire qui s'en charge ou inversement. Un changement de catégorie d'assurance en cours d'hospitalisation n'entraîne pas non plus l'ouverture d'un nouveau cas.



lon le tarif valable dans l'année T+N¹³. Toute forme de facture intermédiaire au 31.12. est exclue (il n'y a qu'une seule facture SwissDRG par séjour hospitalier). Dans les cas de très longue hospitalisation, les partenaires tarifaires peuvent toutefois convenir du paiement d'acomptes.

Les rémunérations complémentaires sont facturées sur la base de la version du système valable lors de la sortie avec les DRG du séjour correspondant au payeur.

Sur la facture la date de traitement des codes CHOP utilisés correspond à la date où la prestation a été fournie.

Lors d'un changement d'assurance du patient, la facture est adressée, au moment de la sortie, à l'assureur auprès duquel le patient était assuré lors de son entrée à l'hôpital. La facture est partagée entre les assureurs maladie au pro rata temporis (selon la durée de séjour). Le nombre de jours de séjour est calculé selon le chiffre 1.5 des règles et définitions pour la facturation des cas.

En cas de changement de domicile du patient, le domicile au moment de l'entrée est déterminant pour la facturation à la sortie.

Si la part cantonale définie à l'article 49a alinéa 2 de la LAMal change, la part valable lors de la sortie du patient s'applique.

3.7 Examens pré et post-hospitalisation effectués à l'hôpital

Les examens et traitements pré et post-hospitalisation peuvent être facturés selon le tarif en vigueur, c'est-à-dire qu'on ne procède à aucun regroupement de cas entre des cas d'hospitalisation et ambulatoires.

En principe, les traitements et examens préopératoires doivent s'effectuer dans le cadre du séjour d'hospitalisation du patient, sauf si le respect des critères définis dans l'article 32 LAMal¹⁴ exige un traitement ou un examen avant l'hospitalisation.

3.8 Urgences

L'admission en urgence d'un patient n'a aucune influence sur l'attribution d'un cas à un groupe de pathologie SwissDRG spécifique.

¹³ Les principes de codage en vigueur au temps T + N selon le chiffre 1.2 du présent document s'appliquent également dans ce cas.

¹⁴ Selon l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques.



3.9 Nouveau-nés

Chaque nouveau-né (qu'il soit malade ou en bonne santé) est considéré comme un cas à part, facturé selon un forfait par cas qui lui est propre.

La facturation est établie au payeur du séjour de la mère si le nouveau-né est sain¹⁵ et au payeur correspondant au nouveau-né dans le cas contraire. Pour la facturation les nouveau-nés dans les DRG P66D et P67D sont considérés comme sain et la facturation est établie au payeur du séjour de la mère, si la naissance du nouveau-né est rémunérée avec ces DRG. Dans tous les autres cas les DRG P66D et P67D sont facturés au payeur correspondant au nouveau-né.

3.10 Facturation en cas d'obligation de prestation par plusieurs institutions d'assureurs sociaux

3.10.1 Base légale

La coordination des prestations entre les différentes institutions d'assureurs sociaux est régie par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). L'article 64 alinéa 1 LPGA stipule que le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. En vertu de l'article 64 alinéa 2, l'assurance sociale qui prend le traitement à sa charge est déterminée selon l'ordre suivant:

- a) Assurance militaire (AM);
- b) Assurance-accidents (AA);
- c) Assurance invalidité (AI);
- d) Assurance-maladie (AMal).

L'art. 64 alinéa 3 LPGA stipule que l'assureur social tenu de verser des prestations au sens de l'alinéa 2 prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier. Cette disposition s'applique même si les atteintes à la santé ne sont pas entièrement dues à l'événement que l'assureur est tenu de couvrir.

L'art. 64 alinéa 4 précise toutefois qu'elle ne s'applique que lorsque ces atteintes à la santé ne peuvent être traitées séparément.

Un traitement distinct est possible lors d'interventions électives ou lorsqu'on peut déterminer clairement, dans les limites de la période de traitement, un moment où l'obligation de prestation passe d'un assureur à l'autre.

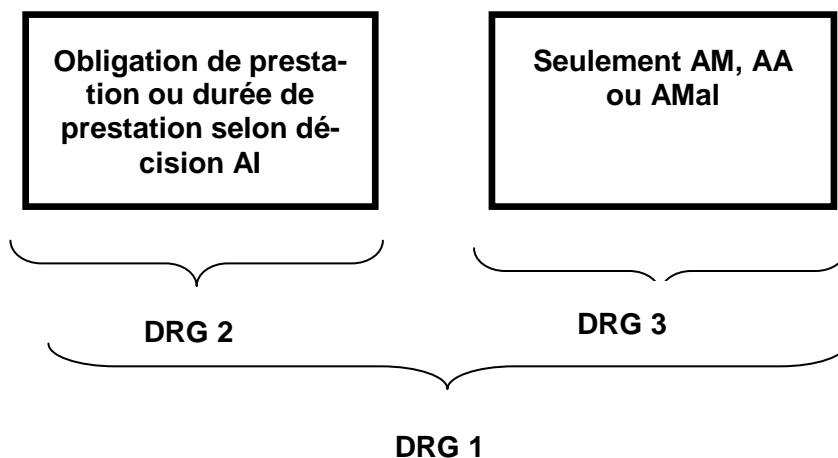
La décision de l'office AI compétent est déterminante pour l'obligation de prestation ou pour la durée de prestation AI (cf. l'art. 57 alinéa 1 let. g de la loi fédérale sur l'assurance-

¹⁵ Les DRG P66D et P67D incluent les nouveau-nés en bonne santé.

invalidité; l'art. 41 alinéa 1 let. d et l'art. 74 de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité; l'art. 49 LPG).¹⁶

3.10.2 Splitting d'une facture lorsqu'il existe une décision de l'AI

Lorsqu'il existe une décision de l'AI, l'hôpital procède à un splitting de la facture selon les modalités suivantes (condition: $cw2 < cw1$; sinon pas de splitting).



Pour la facturation les durées de séjour sont déclarées en jours entiers:

- heure de sortie pour le calcul du DRG2: 23:45 du jour x
- heure d'admission pour le calcul du DRG 3: 0:00 du jour X +1

Calcul de la rémunération (cf. figure ci-dessus):

- 1) DRG effectivement facturable pour cas total: DRG 1 avec $cw1$;
- 2) DRG pour traitement AI: DRG 2 avec $cw2$;
- 3) DRG pour traitement à charge d'autres assureurs: DRG 3 avec $cw3$.

L'hôpital facture le DRG 1 («DRG total») comme suit:

- 1) Une facture à l'AI, où la part $cw2/(cw2 + cw3)$ du DRG 1 doit être facturée après multiplication par son prix de base;
- 2a) Deux factures pour le reste du séjour à charge de l'autre institution d'assureurs sociaux si c'est un assureur-maladie:

¹⁶ Ces règles valent uniquement pour la facturation. L'hôpital saisit dans la statistique médicale le code du cas entier non splitté. Dans cet esprit, les coûts du cas entier non splitté sont également décomptés et transmis à SwissDRG SA.



- a) L'assureur-maladie prend en charge la part $\frac{cw3}{(cw2 + cw3)}$ du DRG 1 multipliée par son prix de base selon la répartition des frais définie par les règles du nouveau financement hospitalier¹⁷.
 - b) Le canton prend en charge proportionnellement la part $\frac{cw3}{(cw2 + cw3)}$ du DRG 1 multiplié par le prix de base de l'assureur-maladie selon la répartition des frais définie par les règles du nouveau financement hospitalier
- 2b) Une facture pour le reste du séjour à charge de l'autre institution d'assureurs sociaux s'il s'agit d'un assureur-accident ou de l'assurance militaire: l'AA/AM prend en charge la part $\frac{cw3}{(cw2 + cw3)}$ du DRG 1, multipliée par son prix de base

De même, les rémunérations supplémentaires sont réparties entre les payeurs et leur sont remboursées selon les règles de splitting (1) et (2).

3.10.3 Splitting de la facture entre AMal et AA/AM

Les premières assurances qui peuvent être tenues de verser des prestations sont, dans l'ordre, l'AM et l'AA (cf. cascade selon l'art. 64. al. 2 LPGA). Dans ce cas de figure, l'AMal est tenue de prendre à sa charge les coûts qui dépassent ceux du traitement AM/AA, à la condition que le cas AM/AA ne soit pas prolongé par le traitement AMal.

L'hôpital code l'ensemble du cas (cas total DRG) et le cas AM/AA (DRG AM/AA) et facture à l'AM/AA. L'hôpital facture toujours à l'AM/à l'AA et l'assurance sociale compétente rémunère intégralement les prestations.

- 1) Si le cost-weight du DRG AM/AA est aussi élevé que celui du cas total DRG, tous les coûts sont à la charge de l'AM/AA en vertu de l'art. 64 al. 3 LPGA.
- 2) Si le cost-weight du DRG AM/AA est moins élevé que celui du cas total DRG, ~~on procède au splitting de la facture de l'hôpital~~ est annulée et l'hôpital procède au splitting de la facture sur la base des indications de l'AM/AA, comme décrit au chapitre 3.10.2.

¹⁷Répartition des frais sous réserve des dispositions transitoires de la LAMal du 21 décembre 2007, alinéa 5. Les rémunérations spéciales selon les annexes au catalogue de forfaits par cas doivent être réparties en conséquence.